介護予防・日常生活支援総合事業サービス利用終了連絡票

　　年　　月　　日

大熊町長　様

所在地

事業者　法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

貴町の被保険者のサービス利用が終了したため、下記のとおり連絡します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（利用者）氏名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス利用終了年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| サービス利用終了事由 |  | | | | | | | | | |